Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 34

Revista Española de Cardiología

6101-3. IMPACTO EN EL COSTE SANITARIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA: SUBANÁLISIS DEL ENSAYO CLÍNICO ICOR

Herminio Morillas Climent[1], Sergi Yun Viladomat[1], Cristina Enjuanes Grau[1], Alexandra Pons Riverola[1], Raúl Ramos Polo[1], Santiago Jiménez Marrero[1], Pedro Moliner Borja[1], Alberto Garay Melero[1], Núria José Bazán[1], Esther Calero Molina[1], Encarnació Hidalgo Quirós[1], Silvia Jovells Vaqué[1], Miriam Corbella Santano[1], José María Verdú Rotellar[2] y Josep Comín Colet[1]

[1]Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España y [2]Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El impacto de la telemedicina (TM) en el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) es controvertido. Poco se sabe sobre su efecto en los costes sanitarios (CS) a medio plazo.

Métodos: El estudio Insuficiencia Cardiaca Optimización Remota (iCOR) fue un ensayo clínico aleatorizado, controlado, abierto y unicéntrico diseñado para evaluar la eficacia de la adición de telemonitorización y teleintervención a un programa multidisciplinar de IC liderado por enfermería. Se reclutaron pacientes adultos con un ingreso hospitalario reciente por IC y un apoyo social y capacidad cognitiva aceptables. Este subanálisis evalúa el efecto de la TM en los CS a medio plazo, incluyendo eventos clínicos, medicamentos y dispositivos, compra y mantenimiento de tecnología, atención ambulatoria, días de hospitalización, procedimientos y pruebas complementarias. Se utilizó la prueba t mediante estimación *bootstrap* del paquete STATA para comparar las diferencias entre los grupos de telemedicina (TM) y atención habitual (UC).

Resultados: 81 pacientes fueron asignados al grupo TM y 97 pacientes al grupo UC. La edad media fue de 74 años, más del 50% presentaba IC con fracción de eyección (FE) preservada y el 25% eran frágiles. La adherencia a la TM fue muy alta (1% de transmisiones biométricas diarias perdidas). Durante los 6 meses de seguimiento, el CS total medio por paciente fue de 7.949 euros (€) en la cohorte de UC y de 4.383 € en la cohorte de TM (reducción del riesgo relativo [RRR] del 45%; diferencias entre grupos de 3.546 € [627-6.464 €], *bootstrap* con p = 0,022) (figura). Este resultado fue consistente en varios subgrupos (edad, sexo, fragilidad, FE, nivel educativo) y se debió principalmente a una RRR del 63% en los CS de hospitalización (que representaron 2/3 de los CS totales) en la cohorte de TM. El número total de días de hospitalización por paciente disminuyó de 12,2 en el grupo de UC a 4,2 días en el grupo de TM (p = 0,003). Por el contrario, los CS de atención ambulatoria se multiplicaron × 2 en el grupo de TM en comparación con el grupo de UC. Sin embargo, estos gastos solo representaron un 19% de los CS totales. El coste de los dispositivos necesarios para implementar la TM supuso 698 € por paciente.

Coste sanitario total medio por paciente en función del grupo de aleatorización.

Conclusiones: La implementación de TM tras un ingreso por IC se asoció con una RRR del 45% en el CS total medio por paciente, impulsado por una disminución del 63% en los gastos de hospitalización.